RATOWNICTWO

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY SPRAWOM RATOWNICTWA LEKARSKIEGO, POŻARNICZEGO, WODNEGO, GAZOWEGO, W RAZIE KLĘSK ŻYWIOŁOWYCH i t. p.

WARSZAWA, KOPERNIKA 37. Tel. 33-63. Konto w P. K. O. Nr. 14.661.

ORGAN WARSZAWSKIEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO

Rok II—1930 WRZESIEŃ Nr. 9

TREŚĆ: *Dr Lucian Regmunt-Sobieszczański* — Szpital przemysłowy w Ougrée-Marihaye. — *Dr F. Obarski* — Zgłębnik żołądkowy w rękach lekarza Pogotowia Ratunkowego (dokończenie). — Historja powstania i istnienie Pogotowia Ratunkowego w Lublinie — Z kroniki wypadków. — Apteka (skrzynka) ratownicza autobusowa. — Sprawozdania za m. Lipiec Pogotowi Ratunkowych w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Łodzi, Wilnie i Warszawie.—Kronika ratownicza.

Dr LUCJAN REGMONT-SOBIESZCZAŃSKI.

Szpital przemysłowy w Ougrée-Marihaye.
(Z wrażeń belgijskich).

Podróże w celach naukowych zagranicę mają już historycznie u nas utrwaloną tradycję, jako nadzyczaj pouczające, pożyteczne i rozwijające. Dla zwiedzenia głównie nowego dla mnie kraju przyjąłem w lutym r. b. zaproszenie Tow. Międzynarodowego Opieki nad Dzieckiem (Association Internacional pour la Protection de l'Enfance) na przyjazd w lipcu r.b. na Kongres Międzynarodowy do Liége dla wygłoszenia referatu: „Gruźlica wśród uczniów". Nie będą tu zdawał sprawozdania z prac kongresowych, oraz z wystaw w Liége i Antwerpji, uczynię to na innem miejscu, tu chcę tylko podać opis wzorowego jak mi mówiono szpitala chirurgicznego przy dużych zakładach metalurgicznych (10.000 robotników) w Ougrée - Marihaye, położonych o 7 klm. od centrum miasta Liége.

Zewnętrznie szpital nic szczególnego nie przedstawia: duży murowany dwupiętrowy budynek, wokół domy dla służby, dyżurki. Szpital posiada 80 (maximum, zwykle 60) łóżek chirurgicznych, 20 łóżek położniczo-kobiecych.

Pracownicy zakładów ubezpieczeni, płacący składki według kilku kategorji mogą z niego korzystać. Istnieje na II-im piętrze, obok oddziału kobiecego, oddziałek położniczy płatny, gdzie przyjmowani są chorzy poza ubezpieczonymi (rodzaj I klasy). Chory ubezpieczony może w godzinach rannych korzystać z porad w ambulansie szpitalnym, pozatem lekarze (jest ich koło 20) odwiedzają obłożnie chorych w mieszkaniach, lecz innych chorych prócz chirurgicznych i ginekologicznych, szpital nie przyjmuje. W razie wypadku nagłego lekarz dyżurny udaje się na miejsce natychmiast samochodem, udziela pomocy, a w razie koniecznej potrzeby przywozi chorego do szpitala. Samochodu „pogotowia zakładowego", niestety, nie widziałem, był bowiem w rozjazdach, czekać zaś dłużej nie mogłem, gdyż już byłem spóźniony i samotrzeć doganiać musiałem resztę kongresistów.

Przy zwiedzaniu samego szpitala w podziemiach widnych widzieliśmy kuchnię, pomieszczenie do mechanicznego mycia naczyń kuchennych, śpiżarnie, oraz

pralnię i suszarnię bielizny. Wszystkie te urządzenia — o ich sprawności technicznej sądzić oczywiście nie mogę — zajmują stosunkowo mało miejsca do ilości wykonywanej pracy.

Na przyziemiu sale operacyjne: 2 (duża i mała) dla czystych operacyj, jedna dla ropnych, sala dla opatrunków obszerna; są urządzenia nowoczesne dla zabiegów w nocy (lampy niedające cienia). Koło sal operacyjnych są małe pomieszczenia do usypiania, gdzie stoją przyrządy do narkoz mieszanych, i duże balony z tlenem. Oddychanie tlenem przez pewien czas po operacji, ma według opinji tamtejszych chirurgów, zabezpieczać przed powikłaniami (np. zapalenie płuc aspiracyjne i opadowe). Na tymże piętrze jest duża pracownia chemiczno-bakterjologiczna, zaopatrzona również w przyrządy do badania przemian materji (*Douglas — Haldane)*. Prócz tego istnieją małe pracownie na piętrach. Resztę gmachu zajmują pokoje, przeważnie o 2 łóżkach, bardzo czysto utrzymane. Łóżka proste metalowe, do których mogą być przytwierdzane ramy, również metalowe, dla wyciągów, gdyż złamań kości kończyn dolnych widziałem tu sporo. Pokoje widne — jednookienne.

Prócz wymienionych pokoików, przeznaczonych dla cięższych przypadków, są dwie (tyle widziałem) sale dla płci obojga w przypadkach lżejszych. coś na 16 łóżek każda.

Przypadki najczęściej tu spotykane są: złamania, rany ropiejące (szarpane), oraz oparzenia.

Rany zropiałe leczą tutaj stałem przemywaniem roztworem odkażającym, oraz ogrzewaniem lampami o promieniach *podczerwonych*. Ostatnia metoda to specjalność zakładu. Jest również gabinet lamp kwarcowych, jak przyrodoleczniczy i ortopedyczny. Oczywiście jest gabinet roentgeno-rozpoznawczy i roentgeno-leczniczy. Chociaż gabinety te nie są duże, widać tu dążenie do samowystarczalności. By módz przyjmować chorych wewnętrznych (co może nie być urzeczywistnione w praktyce wobec istniejącej chęci rozszerzenia części chirurgicznej szpitala), zaczęto budować nowe skrzydło, pokoikowe.

Co się tyczy samego urządzenia szpitala, to mile uderza wzorowa czystość. Dla łatwiejszego jej utrzymania wszystkie ściany do wysokości koło 2 metrów są wyłożone białymi kaflami, które łatwo wymyć, *odkurzyć* (*Elektrolux)*, podłogi pokryte rodzajem linoleum, wentylacja dobra, ogrzewanie centralne wodą gorącą.

Na tem kończę ten krótki opis, ograniczając się do tego co mogłem sam zobaczyć przez kilka godzin, spędzonych w szpitalu korzystając z uprzejmej grzeczności p. D-ra Blitsteina, który mnie oprowadził po całym gmachu, udzielając wyczerpujących odpowiedzi na me pytania.

Wreszcie sądzę, iż należałoby życzyć sobie, by przy Towarzystwach Doraźnej Pomocy mogły z czasem powstać takie szpitale, choćby na niewielką ilość łóżek.

Zgłębnik żołądkowy w rękach lekarza Pogotowia Ratunkowego.

(Dokończenie).

Jeżeli dla tych czy innych względów nie można ust otworzyć za pomocą rozwieracza (brak zębów) wtedy idąc za radą Goldblata, należy akcję poprowadzić, jak następuje:

Wprowadzamy do jednego z otworów nosowych zgłębnik nosowy, posuwamy go dalej i kiedy dotknie się on tylnej ściany gardzieli, wtedy z reguły wywołuje otwarcie ust. I z tego momentu powinien skorzystać lekarz. Mając już przygotowany zgłębnik żołądkowy i trzymając go w lewej ręce szybkim ruchem wprowadza go po za nasadę języka i następnie zabezpiecza się przed zamknięciem ust palcem, uzbrojonym w pancerz, który ustawia między zębami. Naturalnie po wprowadzeniu zgłębnika żołądkowego do przełyku zgłębnik nosowy należy wyjąć z przewodu nosowego.

Wreszcie, jeżeli, posługując się dwoma wyżej wymienionemi sposobami, a mającemi doprowadzić do otwarcia ust, spotkamy się z zawodem, to jest nie zdołamy wprowadzić zgłębnika, a sytuacja jest taka, że nakazuje coś zrobić, żeby osłabić działanie trucizny, zwłaszcza stężonych kwasów, wtedy powinniśmy przystąpić do trzeciego sposobu postępowania. Chodzi tu o wprowadzenie specjalnego zgłębnika nosowego przez jeden z otworów nosa do przełyku. W ten sposób, nie otwierając ust, możemy wlać do żołądka dowolną ilość wody wraz z lekiem, zobojętniającym daną trucizną np. stężony kwas. Nadto przy sprzyjających okolicznościach (brak resztek pokarmowych w żołądku) można przepłókać żołądek. Piszącemu te słowa niejednokrotnie udawała się podobna akcja ratownicza. O technice wprowadzania zgłębnika nie wspominam, gdyż uczyniłem to już na innem miejscu.

Jaką pozycję powinien zająć lekarz wobec chorego podczas dokonywania czynnosci płókania żołądka? Jak to już wspomniałem wyżej, w klinice podczas płókania żołądka lekarz może stanąć po prawej stronie chorego (Elsner, Walter Wolf) lub naprzeciw chorego (Riegel). Według mnie zasadniczą pozycją jaką powinien zająć lekarz Pog. Rat. wobec chorego otrutego w czasie dokonywania czynności płókania żołądka, jest ustawienie się po prawej stronie chorego z pewnem cofnięciem się jeszcze ku tyłowi.

I wogóle podczas wykonywania wszystkich czynności, związanych z wykonaniem płókania żołądka lekarz Pog. Rat. powinien unikać zajmowania pozycji naprzeciw chorego. Chodzi tu szczególniej o chorych otrutych ciałami żrącemi (kwasy, ługi). Podczas prób wprowadzania zgłębnika czy to przez usta, czy to przez nos taki otruty może zacząć wymiotować i wtedy zawartość żołądkowa dostaje się na ubranie lekarza lub co gorsze, na twarz jego pomocników, co może spowodować fatalne następstwa. Dalej rzeczą bardzo praktyczną jest, żeby podczas płókania żołądka, a nawet podczas prób otwierania ust zapomocą tego czy innego sposobu, lekarz, stojąc po prawej stronie chorego, lewą ręką objął szyję chorego tak, aby głowa chorego wsparła się na zgięciu łokciowem. W ten sposób lekarz może opanować ruchy głową ze strony chorego.

Zaznaczyć tu muszę, że wszystkie czynności, jakie lekarz wykonywuje prawą ręką, powinien umieć wykonać i lewą ręką, albowiem w praktyce lekarza Pog. Rat. mogą wytworzyć się takie sytuacje, że lekarz nie jest w możności stanąć po prawej stronie chorego, tylko po lewej. Zgłębnik żołądkowy w zastosowaniu klinicznem nie powinien być niczem smarowany, wystarczy, jeżeli będzie zwilżony wodą. Natomiast w pracy lekarza Pog. Rat. zwilżenie wodą nie wystarcza, trzeba posmarować go wazeliną lub oliwą, zwłaszcza, że przeprowadzenie zgłębnika z jamy ustnej do przełyku odbywa się inaczej, niż u chorego klinicznego. Lekarz Pog. Rąt. nie może proponować choremu otrutemu, żeby po wprowadzeniu zgłębnika po za nasadę języka, wykonał ruch połykowy, bo tego, albo ze względu na ból, nie może wykonać, albo wprost nie chce wykonać. Zatem lekarz musi dokonać przesunięcie zgłębnika do przełyku mimo woli chorego, musi wprowadzić zgłębnik do przełyku z zastosowaniem pewnego wysiłku.

Jeżeli mamy do czynienia z chorym nieprzytomnym, to po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka, przed przystąpieniem do płókania, należy się jeszcze przekonać, czy rzeczywiście zgłębnik znajduje się na właściwej drodze, czy nie zatrzymał się w krtani lub w tchawicy.

W tym celu należy poczekać chwilę, zaobserwować, jak wprowadzenie zgłębnika wpłynęło na oddech, czy chory nie zsiniał, czy świsty, jakie nieraz dają się słyszeć, nie ucichną (gazy z żołądka), czy nie ukaże się tymczasem zawartość żołądka, co jest już bezwarunkowo dowodem, że zgłębnik znajduje się w żołądku.

Nadmienić muszę o następstwach, jakie wypływają z używania podczas płókania żołądka nieprzezroczystych i o małej pojemności (80—100 cm.) lejków.

Podczas wlewania wody lejek należy trzymać tak, aby znajdował się poniżej poziomu żołądka. Po wlaniu pewnej ilości około 100 cm. lejek podnosi się, żeby woda, znajdująca się w nim, wpłynęła do żołądka. Okazuje się więc, że za nim lejek zostaje uniesiony, woda z niego zdołała już wpłynąć do żołądka, w ten sposób przerywa się ciągłość słupa wodnego, przedostaje się powietrze do kanału zgłębnika, co znowu w wysokim stopniu utrudnia wypływ zawartości żołądkowej. Przeprowadzając w ten sposób płókanie żołądka, nie możemy wytworzyć ciągłości akcji, bo składa się ona z szeregu poszczególnych momentów wlewania wody i usiłowań otrzymywania zawartości żołądka.

Jeżeli chcemy przepłókać żołądek kilku litrami wody 6—10 (otrucie sublimatem), to, posługując się lejkami o małej pojemności, musimy daleko więcej czasu poświęcić, niż w tym razie, kiedy mamy do rozporządzenia lejek o dużej pojemności.

Dla tego też lekarze Pog. Rat. radzą sobie w ten sposób, że sanitarjusz nalewa wodę do lejka, który jest uniesiony po nad poziomem żołądka, a ponieważ przy tem nigdy nie można określić, ile już wody dostało się do żołądka, zdarzają się takie sytuacje, kiedy właściwie niema płókania żołądka, tylko jest wlewanie wody, a wylewanie odbywa się na drodze wymiotów (często z powodu nadmiaru wody w żołądku).

Z praktycznego względu ważną jest rzeczą, aby do nalewania wody do lejka, a zwłaszcza tak małego, znajdowało się jakieś naczynie z dziobkiem (kubek), nalewanie szklanką lub też wprost z jakiegoś większego naczynia naraża jak chorego, tak i stojących w pobliżu na oblewanie wodą.

W klinice do płókania żołądka lekarz zawsze może mieć ciepłą wodę. Natomiast lekarz Pog, Rat, nieraz znajduje się w tem położeniu, że może posiadać

do swojego rozporządzenia tylko wodę zimną. Jeżeli ma do wyboru płókać zimną wodę lub wcale nie płókać, zawsze powinien płókać, a zwłaszcza w tych razach, kiedy wessanie trucizny odbywa się szybko (sublimat).

W niektórych razach lekarz nie może przystąpić do płókania żołądka np. w porze zimowej. W takich razach posiadanie ciepłej wody (w termosie), pozwala na przepłókanie żołądka i w samochodzie.

Posiadanie własnej wody w samochodzie w dużej mierze ułatwia pracę lekarzowi, zwłaszcza w porze nocnej; mówię tu o tych otruciach, jakie lekarz Pog. Rat. spotyka na ulicy lub w miejscach publicznych.

Bezwzględnem przeciwwskazaniem do wprowadzenia zgłębnika przez usta jest otrucie ługiem żrącym.

Dalej przeciwwskazaniem do wprowadzenia zgłębnika do żołądka i płókanie go są wymioty krwawe, jakie zdarzają się w przebiegu otruć stężonemi kwasami a zwłaszcza siarkowym i solnym.

W tych razach lekarz Pog. Rat. powinien ograniczyć się do wprowadzenia przez ustu zgłębnika żołądkowego do przełyku w tym celu, żeby przez wlanie większych ilości wody wraz z ciałem paraliżującem działanie trucizny, otrzymać rozcieńczenie kwasu i zobojętnienie go. Do tego celu lepiej użyć zgłębnika nosowego, który może być zastosowany i w przypadkach otruć ługami żrącemi.

W stanach, zbliżonych już do agonji, lekarz do płókania żołądka przystępować nie powinien.

Bardzo daleko idącą ostrożność należy zachować podczas wprowadzania zgłębnika i następnego płókania u chorych nieprzytomnych.

Sprawa przechowywania zgłębników obchodzić winna i lekarza Pog. Rat. Zgłębniki mieszczą się w wąskich przegródkach kuferka ratunkowego, przeto muszą być zwinięte w krążnik, wskutek czego na właściwym zgłębniku i na wężu gumowym wytwarzają się liczne załamy, które przeszkadzają podczas wprowadzania zgłębnika, i w czasie płókania żołądka.

Jednym z najlepszych sposobów przechowywania zgłębnika byłoby umieszczenie go w specjalnej siatce drucianej i zawieszenie jej na nieruchomej ścianie samochodu lub też w pudełku, odpowiedniej długości.

Zgłębnik żołądkowy powinien być dezyfekowany po każdem użyciu.

Ponieważ przez gotowanie guma niszczy się i staje się niezdatna do użytku, dla tego też Fuld zaleca nagrzewanie zgłębnika w C° około 70° przez ciąg 20 minut w 50% rozczynie gliceryny. W takim samym roztworze gliceryny zgłębnik żołądkowy może być przechowywany. Płókanie żołądka dzieciom w praktyce lekarza Pog. Rat. nie należy do rzadkich zjawisk.

W roku 1928 lekarze Pog. Rat. udzieili pomocy 67 dzieciom zatrutym. W tej liczbie znajduje się dziesięcioro (od 11 do 14 lat), które przyjęły truciznę w celu samobójczym, reszta dzieci zatruła się luż to z powodu braku dozoru, już to jz powodu popełnionych omyłek ze strony matek, które zamiast lekarstw podawały dzieciom różne trujące płyny. Do takich należą benzyna, nafta (bardzo częste wypadki) dalej amoniak, ług i różne smarowidła.

Udzielanie pierwszej pomocy polegało na przepłókaniu żołądka, do czego na stacji Pog. Rat. używa się nie cewników Nelatana, ale specjalnych zgłębników, które służą jednocześnie i do wprowadzania przez nos u dorosłych, na stosowaniu węgla zwierzęcego i właściwych przeciwjadów. Najmłodszy zatruty pacjent, któremu dokonano płókania żołądka na stacji Pog. Rat. liczył 3 miesiące.

PIŚMIENNICTWO: Kusmaul cyt. p. Regiela-Handbuch der physikalischen Therapie. Goldscheider u. Jacob. rok 1902 str. 299. Renaud Boerhave, Daker, Cooper, Naunyn, Wagner, Leube, Kinde Ewald. Boas cyt. p. ref. z posiedzenia Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 7/I 1925 r. M. M. W. r. 1925 str. 113. Elsner: Path. Therap, innerer Krankheiten T. V str. 333 r. 1921. Walter Wolf: Lexicon der gesamten Therapie. T. II str. 1007. Friedlieb, Strauss, Litten, Fleiner, Richter, Steinhard cyt. p. Riegela, Stosowanie zgłębnikowania przez nos w chorobach wewnętrznych. Obarski, Now. Lek. N. 20 r. 1927. Fuld cyt. p. Elsnera.

Historja powstania i istnienia Pogotowia Ratunkowego w Lublinie.

Do roku 1917 Lublin nie posiadał tak koniecznej placówki, aczkolwiek ludność jego dosięgała już prawie 100.000 mieszkańców.

Składał się na to szereg przyczyn, a głównie niechęć władz rosyjskich, brak czegośchoćby społecznych, choćby humanitarnych.

Podczas kiedy Warszawa, Poznań, Kraków i Lwów miały od kilkuuastu lat Pogotowie i otaczały je niezmiernie życzliwą opieką, Lublin nie mógł pochlubić się tą instytucją.

W latach Wielkiej Wojny Lubelszczyzna dostała się pod okupację Austrji. W roku 1917 bawił w Lublinie major Marjan Burzmiński, polak, komisarz rządu okupacyjnego. Burzmiński był niezmiernie życzliwie usposobiony wobec naszego miasta.

On też pierwszy zainicjował stworzenie Pogotowia Ratunkowego w Lublinie. Wskutek wysiłków majora Burzmińskiego, dnia 16 marca 1917 roku Pogotowie Ratunkowe w Lublinie rozpoczęło swą działalność.

Pierwszą karetką pochodzącą z fabryki wiedeńskiej, ofiarował Pogotowiu major Burzmiński w imieniu rządu okupacyjnego. (W roku 1921 na chrzcie karetki dano jej imię „Lublinianka". Do Zarządu Pogotowia Ratunkowego władze ówczesne zaprosiły następujących obywateli: dr. Biernackiego, dr. Czerwińskiego, dr. Brzezińskiego i innych. Ten Zarząd przetrwał do roku 1920.

Dopóki Lublin znajdował się pod okupacją, major Burzmiński dbał o zabezpieczenie istnienia Pogotowia. Koszta jego utrzymania były małe, zważywszy, że lekarze wojskowi i studenci medycyny nie pobierali żadnego wynagrodzenia za swoją pracę w Pogotowiu.

Po wskrzeszeniu Rzeczypospolitej, społeczeństwo zajęte budową podwalin pod zmartwychwstałą Ojczyznę niewiele zwracało uwagi na Pogotowie Ratunkowe. Członkowie jego Zarządu wobec swoich czynności zawodowych, nie mieli dość czasu na obmyślanie i przeprowadzanie jakichś imprez dochodowych, któreby dochodem swoim zasiliwszy kasę Pogotowia, przyczyniły się do jego utrzymania. Wysokość zaś składek członków Pogotowia należała do bardzo nieznacznych.

Natomiast koszt utrzymania Pogotowia wzmógł się. To co dawniej opłacali okupanci, teraz spadło na społeczeństwo.

W marcu 1920 roku stanęło Pogotowie wobec katastrofy. Miało ulec likwidacji.

Dnia 17 marca 1920 roku ukazało się w pismach lubelskich ogłoszenie o zebraniu likwidacyjnem Pogotowia.

Na tem zebraniu jeden z członków Pogotowia Ratunkowego zaproponował: 1) albo zamknięcie Pogotowia Ratunkowego, 2) albo oddanie go Czerwonemu Krzyżowi.

Przeciwko obu projektom wystąpił gorąco p.: Stanisław Szczepanowski, silnie popierany przez p.p.: Jana Pignana i Augustyna Paszkowskiego. Wymienieni utrzymywali, że Pogotowie musi być utrzymanem.

Oddanie go Czerwonemu Krzyżowi, który wówczas należał do instytucji fi-

nansowo słabych, byłoby tylko odwleczeniem likwidacji Pogotowia.

Teza utrzymania Pogotowia Ratunkowego zwyciężyła. Na posiedzeniu likwidacyjnem wybrano nowy Zarząd.

Skład jego był następujący; prezes — J. Pignan, wiceprezes — L. Wengierow, sekretarz — A. Paszkowski, skarbnik — S. Szczepanowski, opiekun strażnicy — Dr. M. Garbaczewski. Ponadto wybrano odpowiednią ilość zastępców.

Byt instytucji oparto na imprezach, organizowanych przez Komisję Dochodów Niestałych, inne zaś dochody miały wpływać ze składek członkowskich.

W roku 1923 maskarada sylwestrowa zapewniła instytucji utrzymanie na cały rok, w roku 1924 taka sama maskarada dała dochodu Pogotowiu na 6 miesięcy istnienia, w roku 1925 maskarada Pogotowia przysporzyła mu środków utrzymania tylko na 10 dni To też w następnych latach zaprzestano urządzania maskarad.

Komisja Dochodów Niestałych Pogotowia Ratunkowego jakkolwiek składa się z 6 osób, jednakże praca ich wobec powszechnego zubożenia społeczeństwa nie daje poważniejszych wyników kasowych.

Corocznie urządzane zbiórki Pogotowia Ratunkowego („Dzień kwiatka") nie mogą decydująco wpłynąć na stan funduszów Pogotowia i zabezpieczyć jego istnienia.

Opłakane warunki pożytecznej placówki w roku 1926 zmusiły ją zwrócić się do Magistratu miasta Lublina z prośbą o stałą znaczną subwencję miesięczną dla Pogotowia Ratunkowego. W piśmie o subwencję zaznaczono, że w wypadku odmówienia jej przez Magistrat, Pogotowie Ratunkowe zostanie oddane do dyspozycji Magistratu, albo zlikwidowane.

Magistrat miasta Lublina narazie odpowiedział, iż udzieli Pogotowiu Ratunkowemu jednorazowej nieznacznej zapomogi, ale nie godzi się on na stałą gotówkową subwencję dla Towarzystwa. Począwszy jednak od roku 1928, na skutek usilnych zabiegów Zarządu, Magistrat przyznał Pogotowiu subwencję w gotówce w wysokości 5.000 zł., która odtąd kasę Pogotowia rokrocznie zasila.

Pomoc miasta Lublina dla Pogotowia Ratunkowego w naturze jest następująca: Miasto oddało Pogotowiu parę koni i stale opłaca jego woźnicę, dając mu też mieszkanie. Ponadto Magistrat oddał tej instytucji 3 pokojowy lokal, wraz z oświetleniem i opałem na Strażnicę Pogotowia, tudzież udziela całodziennego utrzymania jego 3 m felczerom.

Na styczeń 1930 roku Towarzystwo liczyło 954 członków.

Obecnie Zarząd Towarzystwa czyni usilne starania w kierunku zdobycia funduszu na kupno karetki samochodowej. W tym celu został powołany Komitet, którego skład podajemy niżej.

Skład osobisty Pogotowia Ratunkowego w Lublinie: Zarząd: Przewodniczący — S. Lübek, Wice-przewodniczący — Dr. W. Drożdż, Członkowie: I. Słobodkin, Dr M. Garbaczewski, Dr E. Rupniewski, M. Dowgird, K. Moniak, M. Szerman, B. Goldkraut.

Komisja Rewizyjna: A. Tomaszewski, J. Puchniarski. S. Schnejder, I. Szwarc, Fleszyński.

Komisja Dochodów Niestałych: M. Dowgird, A. Warakomski, N. Woźniak, B Goldkraut, Fleszyński, M. Procko.

Komitet dla zbiórki funduszu i zakupu karetki samochodowej: Zarząd Towarzystwa Pogotowia Ratunkowego, K. Rzeszotarski — Dyrektor Banku Polskiego, S. Zaczek — Dyrektor Banku Gospodarstwa Krajowego, T. Miller — Dyrektor Izby Przemysłowo-Handlowej, Inż. R. Golla — Dyrektor Elektrowni Miejskiej, R. Pieczyrak — Naczelnik Wydziału Gospodarczego Magistratu.

Z KRONIKI WYPADKÓW

Podwójna rana serca, wyleczona zabiegiem operacyjnym u osobnika, szybko dostarczonego do szpitala przez Pogotowie Ratunkowe.

Dnia 1-go lutego 1928 r. o godz. 0,20 lekarz dyżurny Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego Dr. med. H. Śledziewski był wezwany przez VII komisarjat na ulicę Elektoralną 29 do zranionego nożem w okolicę serca. Karetka sanitarna wyjechała natychmiast. Lekarz Pogotowia zastał pijanego O. A., ślusarza, w wieku lat 22, z raną kłutą okolicy serca, w stanie niezłym i przyczyny zranienia nie ustalił. (Biuletyn № 2114/647). Wobec tego, że wypadek zdarzył się w sąsiedztwie szpitala św. Ducha, chory, po nałożeniu opatrunku, został natychmiast odwieziony do tego szpitala, gdzie się nim fachowo zaopiekował dyżurny chirurg dr Jan Zaorski z II kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego, dr prof. Z. Radliński. Przypadek ten zakończył się pomyślnie i został opisany przez dr Zaorskiego w „Medycynie Warszawskiej" 1930 r. № 13.

Dr Zaorski opisuje ten przypadek w następujący sposób:

1.II. 1928. O godz. 0.05 zostaje do kliniki przywieziony przez Pogotowie chory O. A. który podaje, że przed kilkunastu minutami pchnął się 2 razy nożem w okolicę serca. Chory twierdzi, że podczas pierwszego pchnięcia nóż jakoby niechciał wejść, więc go kilkakrotnie wpychał, wreszcie się pogrążył zupełnie i wtedy chory stracił przytomność. Pogotowie wezwane natychmiast przewiozło go do kliniki.

Z wywiadów zebranych na prędce dowiedzieliśmy się, że od 10 lat choruje z powodu gruźlicy płuc, leżał kilkakrotnie w szpitalu św. Ducha, jest żonaty, ma 1 zdrowe dziecko; alkoholu i tytoniu używa dużo.

Stan obecny: (Dr Komuniecka) chory przytomny, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiony licho. Skóra i widoczne błony śluzowe zupełnie blade. Wargi lekko różowe. Rysy twarzy zaostrzone. Źrenice równe, na światło reagują prawidłowo. Klatka piersiowa długa, wąska, kąt międzyżebrowy ostry, dołki nad i podobojczykowe silnie zaznaczone, oddech szybki, płytki, urywany.

Miejscowo nad IV-em żebrem o palec od 'ewego brzegu mostka znajduje się rana kłuta, długości $1^1/_2$ cm. Granice stłumienia serca powiększone w wymiarze poprzecznym. Uderzenia koniuszkowego nie widać, przy dotyku ledwo wyczuwalne $1\ ^1/_2$ palca poniżej i 2 palce na zewnątrz od sutka. Tony serca bardzo głuche, zlewające się. Najwyraźniejsze tony nad koniuszkiem serca; nad tętnicą płucną chwilami tonów nie słychać, tylko szmery, to samo nad zastawką trójdzielną. Tętno szybkie do 130 na minutę, o wypełnieniu zmiennym, chwilami nitkowate.

O godz. 0.30. Tętno przerywane, występuje sinica na twarzy, granice stłumienia serca powiększają się. Chory traci chwilami przytomność.

Rozpoznano ranę kłutą serca — z narastającemi objawami krwotoku do worka osierdziowego.

O godz. 0.50 wezwany do kliniki natychmiast przystąpiłem do zabiegu krwawego. Z początku zastosowaliśmy narkozę eterową, ale ze względu na to, że chory i tak nie był przytomny, operowaliśmy w dalszym ciągu bez uśpienia. Cięciem płatowem skórnem, którego podstawa leżała na brzegu mostka (rys. 1) odsłoniliśmy okolicę zranioną. Stwierdzono teraz ranę drążącą wgłąb, między 3 a 4 żebrem, przyczem chrząstka żebra 4-go była w połowie przecięta ostrym narzędziem (opisane w wywiadach usiłowania wepchnięcia noża). Ponieważ czas naglił, nie zrobiono odchylenia płatowego chrząstek, ale wycięto odgryzaczem Luera chrząstki 3 i 4 żebra. Podczas tego doszło do przerwania opłucnej i powstania odmy lewostronnej. W ten sposób dotarto do śródpiersia przedniego i stwierdzono, że tkanki tu leżące są przesiąknięte zupełnie krwią. Odszukana w nich jednak ranę osierdzia i jednem cięciem ją rozszerzono. W tej chwili masa krwi wraz ze skrzepami wytrysnęła z worka osierdziowego i na chwilę w ranie ukazało się serce z krwawiącą raną. Przy następnym rozkurczu udało mi się założyć na ranę szew węzełkowy. Używając tego pierwszego szwu jako cugli założyłem dalsze trzy szwy węzełkowe, i w ten sposób ranę zaszyłem. Tymczasem podczas każdego rozkurczu serca nowa fala krwi wylewała się z osierdzia. Podejrzewając drugą ranę wprowadziłem rękę do osierdzia, ująłem serce w dłoń i oglądając dokładnie, spostrzegłem drugą ranę serca więcej ku prawej stronie od pierwszej. Zaszyłem ją tak samo szwami węzełkowemi. Po dokonaniu tego, oczyściłem osierdzie z resztek krwi i skrzepów i zaszyłem je szwami węzełkowemi zupełnie szczelnie. Po załatwieniu osierdzia przystąpiliśmy do obejrzenia wnętrza otwartej opłucnej. Podczas usuwania skrzepów z opłucnej chory chwilami traci oddech. Wobec tego przerwano oczyszczanie i jamę opłucnową zamknięto szwami węzełkowemi, wyzyskując jej

strzępy, o ile możności szczelnie. Ponad opłucną zaszyto węzełkowemi szwami płat skórny, wycinając uprzednio brzegi rany samobójczej i zaszywając je osobno. W dolny kąt rany skórnej wprowadzono krótki sączek gazowy. Założono opatrunek aseptyczny. Zaraz po operacji choremu wstrzyknięto 300 cm.[3] soli fizjologicznej dożylnie.

2.II. Arytmja; podano *inf. valer. z inf. conv. maj. i calc. bromat.*; morfina podskórnie;soli fizjologicznej podskórnie 1000 cm.[3].

3.II. Arytmja; oddechy powierzchowne; morfina; sól fizjologiczna podskórnie;

4.II. Usunięto sączek z rany.

6.II. Znaczna poprawa, tętno równomierne 108

8.II. Zdjęto część szwów. Rana zagojona przez rychłozrost, tylko w miejscu sączka mała wydzielina. Do tego otworku wprowadzono drenik gumowy.

12.II. Wydzieliny b. niewiele, dren skrócono. Stan serca dobry, tętno 104.

14.II. Usunięto drenik, samopoczucie dobre. Chory przygrywa na mandolinie.

16 II. Punkcja lewej opłucnej. Wydobyto 150 cm.[3] płynu surowiczego z domieszką krwi.

18.II. Chory wstaje bez opatrunku, samopoczucie dobre.

24.XII. Wypisany.

Jak widzimy chory został zabiegiem chirurgicznym uratowany, chodziło nam teraz o to, jak będzie przebiegał jego stan zdrowia wobec braku twardej ochrony żeber i jaka będzie praca jego serca. Ponieważ na odcinku klatki piersiowej, gdzie usunęliśmy chrząstki żebrowe, opłucna i osierdzie wypuklały się przy większym wdechu wysiłku, poleciliśmy choremu noszenie na tejokolicy ochronnego „ryngrafu“ z twardego materjału, odpowiednio wysłanego. Ażeby się zaś przekonać o pracy jego serca skierowaliśmy go na oddział doc. dr. Semerau-Siemianowskiego dla zbadania i dokonania elektrokardjografu.

Opis krzywej elektrokardjograficznej dnia 25 I. 1928 r.

P w I i III ledwo zaznaczone, w II dobrze wysklepione. R w I i III dodatnie bardzo male, w II średnie dodatnio-ujemne. T we wszystkich odprowadzeniach dwufazowe dodatnio-ujemne.

T w II odpr. składa się z kilku załamków Pomimo braku wyraźnych zmian krzywa elektrokardjograficzna robi wrażenie zwiotczenia mięśnia sercowego. P R — 0,175; Q S — 0,075; R T — 0,35 (Dr K. Rachoń).

Widzimy z powyższego, że jakkolwiek u chorego stwierdza się objawy zwiotczenia mięśnia sercowego, to jednak serce jego pracę swą wykonuje w rozmiarach dostatecznych.

Jeżeli dodamy do tego, że chory pokazując się nam kilkakrotnie, nie skarży się wcale na dolegliwości, prócz objawów przyspieszenia akcji serca po zmęczeniu, jeżeli nadmienimy, że w 3 miesiące po zabiegu spostrzegliśmy go przypadkowo, jak uczył się jeździć na rowerze, to będzie to wystarczający dowód, że w tym przypadku zabieg operacyjny nietylko uratował życie, ale zapewnił choremu pełnię zdrowia.

W literaturze opisano sporo wypadków wyzdrowień po ranach kłutych serca. Np. dr Borzymowski podaje z przypadków Warszawskich 12% wyzdrowień w latach 1898—1903 i 39% wyzdowień w latach 1908—1914. Te wyniki wskazują, że duży odsetek chorych z powodu ran serca może być operacyjnie wyleczony, że procent wyzdrowień znacznie wzrósł w ostatnich czasach z powodu ulepszenia sposobów i rodzajów leczenia chirurgicznego oraz szybkiego i pewnego rozpoznania.

A jednak wszystkie te świetne wyniki wyleczenia ran kłutych serca byłyby nie do pomyślenia bez szybkiego dostarczenia chorego na miejsce operacji, czyli do szpitala i bez szybkiej właściwej pomocy w szpitalu. Warunki te wypełniają odnośne pogotowia miejskie i pogotowia chirurgiczne szpitalne—jak to zresztą zdarzyło się i w opisanym przypadku.

W swoim czasie już dr Borzymowski zwracał uwagę, że pomyślne wyniki chirurgicznej interwencji w ranach kłutych i postrzałowych serca, należy w pierwszym rzędzie zawdzięczać Pogotowiu Ratunkowemu, które w szybkiem tempie dostarcza chorego na stół operacyjny. Bez pogotowia wyleczenie takich przypadków jest prawie wykluczone i śmiało rzec można, że dobrze zorganizowane Pogotowie lekarskie przyczynia się w lwiej części do tryumfów chirurgii w tej dziedzinie. Tu się najwięcej zaznacza doniosłe zadanie współpracy Pogotowia Ratunkowego z Pogotowiem Chirurgicznem Szpitalnem. O ile by opisany wypadek zdarzył się nie w sąsiedztwie ze szpitalem, a gdzieś na przedmieściu — lekarz dyżurny Pogotowia powinien telefonicznie zawiadomić pogotowie szpitalne z miejsca wypadku, ażeby nie stracić ani jednej chwili, która może zaważyć na szali powodzenia. Przeto dr Zaorski za mało uwzględnił w swojej pracy znaczenie Pogotowia, bez którego klinika Chirurgiczna nie posiadałaby odnośnego materjału.

Dr *Fr. Białokur*

APTEKA (SKRZYNKA) RATOWNICZA AUTOBUSOWA

ZATWIERDZONA PRZEZ

MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH

z dnia 1-go lipca r. b. L. Z. H. 2478/30.

Wykaz środków i sposób użycia.

Nazwa lekarstwa	Wskazania	Sposób stosowania
	Dział I. Zranienia (skaleczenia)	
Płyn Burowa 200 gr.	Skaleczenia i obrzmienia	Do $1/2$ szklanki wody wlać 1 łyżkę stołową płynu Burowa do kompresu z watą na miejsce skaleczone lub obrzęknięte, poczem nałożyć opaskę.
Jodyna 50 gr.	Przy skaleczeniach	Na miejsce skaleczone napuścić z lekka wacikiem, owiniętym na zapałce.
Kolodium 50 gr.	Lekkie zranienie i zadraśnięcia	Przy małych opatrunkach na odkrytych częściach ciała parę kropli nasmarować na brzeg opatrunku i otoczenia.
	Dział II. Omdlenia i osłabienia.	
Amonjak 100 gr.	Omdlenia, mdłości	Dawać do wąchania w ciągu kilkunastu sekund.
Krople walerjanowe 50 gr.	Ataki nerwowe, podniecenia, uczucie osłabienia	Od 15 — 20 kropli na łyżce stołowej wody, lub na kawałku cukru.
	Dział III. Oparzenia i odmrożenia.	
Olej lniany 100 gr. Wazelina borna jedna tubka.	Łagodzi ból w miejscach poparzonych i goi.	Zmaczać gazę w oleju lnianym, lub posmarować wazeliną, położyć na miejsce oparzone, wata, opaska.
	Dział IV. Ochrona rąk.	
Gliceryna		

Nazwa lekarstwa	Wskazania	Sposób stosowania
Dział V. Zaburzenia żołądkowe.		
Krople miętowe	Przy mdłościach, wymiotach, bólach żołądka	12 — 15 kropli na kawałek cukru lub łyżkę stołową wody zażyć do wewnątrz
Dział VI. Opatrunki i utensylja.		
Ręcznik i mydło	Do mycia i wycierania rąk	Przed przystąpieniem do opatrunku ręce porządnie umyć i wytrzeć do sucha.
Wąż gumowy	Do zapobiegania bardzo silnych krwotoków	Otoczyć kończynę mocno wężem powyżej rany, zacisnąć i natychmiast skierować do dalszej pomocy lekarsk.
2 pary szyn	Przy złamaniach dla unieruchomienia kończyn	Przyłożyć szyny po bokach złamanych kończyn i przymocować. Uwaga: złamane miejsce powinno znajdować się pośrodku długości szyn.
Leukoplast w blaszanym pudełku 2 pudełka	Dla przymocowania małego opatrunku	Miejsce skaleczone opatrzyć gazą i przymocować ją dwoma wąskimi paskami plastra, złożonemi na krzyż.
Gaza sterylizowana $1/8$ metra	Do opatrunków	Do opatrunków
Bandaże (opaski) 12	Do opatrunków	Miejsce skaleczone obłożyć watą lub gazą, umocować bandażem (opaską).
Pakiet opatrunkowy osobisty	Do większych ran i skaleczeń	Wskazówki użycia wydrukowane na pakiecie.
Temblaki 2	Przy złamaniu lub zwichnięciu ręki (górnej kończyny)	Temblak zawiązać na szyi i wsunąć w niego rękę
Wata hygroskop. 2 paczki po 75 gr. lignina 50 gr.	Do opatrunków	Do opatrunków
Agrafki (tuzin)	Do spin. opatrun.	Do spinania opatrunków
Kubek 1	Do przyjm. leków	Do przyjm. leków, picia wody i t. p.
Mydło 1		

Cała zawartość apteczki służy wyłącznie do celów ratowniczych w czasie nieszczęśliwych wypadków. Do innych celów użycie jej jest stanowczo wzbronione.

Sprawozdanie Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. lipiec 1930 r.

Udzielono pomocy od założenia instytucji	liczba wezwań	liczba wyjazdów	fałszywe alarmy	udzielono pomocy w ambulatorjum	mężczyznom	kobietom	dzieciom	przypadki wewnętrzne	przypadki chirurgiczne	porody i poronienia	choroby umysłowe i nerwowe	zamachy samobójcze	samobójstwa	nagła śmierć	oparzenia	przypadki oczne	symulacje	przewozy chorych
188.434	1133	181	17	719	688	382	46	73	793	6	18	15	—	7	20	184	—	216

Sprawozdanie Lwowskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. lipiec 1930 r.

Udzielono pomocy	Mężczyznom	Kobietom	Dzieciom	W dzień	W nocy	Wypadki chirurg.	Zasłabnięcia	Zamachy samob.	Zabójstw	Śmierci nagłych	Zatrucia alkohol.	Otrucia	Postrzały	Porody i poronien.	Obłąkania	Fałszywe alarmy	Przewozy chorych
1569	784	541	244	1393	176	1151	194	29	9	3	3	17	3	23	2	—	195

Sprawozdanie Poznańskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. lipiec 1930 r.

Ilość wezwań	Na mieście	W ambulatorjum	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Wypadków chirur.	Zasłabnięcia	Histerja	Obłąkanie	Porody i poronien.	Pijaństwo	Zamachy samob.	Otruć	Utonięcia	Śmierć nagła	Przewozy chorych	Fałszywe alarmy
454	303	151	226	174	54	212	184	8	2	12	6	10	2	—	3	48	2

Sprawozdanie Łódzkiego Pogotowia Ratunkowego
za m. lipiec 1930 r.

Wezwań	Udzielono pomocy	wyjazdowych	ambulatoryjnych	mężczyzn	kobiet	dzieci	odwieziono chorych	bez odwiezienia	wypadków chirurgicznych	zasłabnięcia	zatrucia i uduszenia	porody i poronienia	obłęd	symulacje	śmierć	najechanie i przejechanie	rozprawy nożowe	zamachy samobójcze	zatrucie alkoholem
690	654	533	157	323	263	68	246	408	331	236	15	54	6	—	12	31	32	13	5

Sprawozdanie Wileńskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. lipiec 1930 r.

Wezwań	wyjazdowych	ambulatoryjnych	mężczyzn	kobiet	dzieci	odmówiono pomocy	odwieziono do szpitali	odwieziono do domu	bez odwiezienia	alarmy fałszywe	wypadków chirurgicznych	zasłabnięć	w tem otruć											porody i poronien.	obłąkanie	śmierci	przewozów chorych
													alkaloidami	alkoholami	spirytusem metylowym	benzyną	karbolem	sublimatem	kwasem octowym	jodyną	zaczadzeń	benzyną	innemi truciznami				
578	243	335	244	227	74	15	144	14	71	15	345	200	—	4	4	—	—	—	6	1	—	—	1	—	—	11	92

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie

za m. lipiec 1930 r.

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Ogółem od założenia instytucji wezwań	455.999			
I. Ilość wezwań	2.907			
II. Udzielono pomocy na stacji	2.058	1.091	534	433
III. Udzielono pom. na mieście	553	333	188	32
A. Rodzaj zajęcia.				
Zajęcia wolne	136	99	37	—
Ucząca się młodzież	136	30	15	91
Wojskowi i policja	38	38	—	—
Robotnicy i rzemieślnicy	1.504	1.133	332	39
Bez zajęcia	746	92	321	333
Niewiadomy	51	32	17	2
I. Choroby wewnętrzne	249	126	97	26
Zatrucie wyskokami	80*)	73	7	—
„ lekarstwami i in. trucizn.	7	3	—	4
Śmierć	6	4	1	1
Brak zmian chorobowych	10	—	3	7
II. Choroby chirurgiczne	2.245	1.248	559	438
Wstrząs	1	—	1	—
Wstrząśnienie mózgu	5	3	1	1
Obtarcia skóry	186	109	46	31
Stłuczenia	276	148	66	62
Zmiażdżenia	5	2	1	2
Rany cięte	343	220	56	67
„ kłute	70	48	15	7
„ postrzałowe	18	15	3	—
„ tłuczone	472	296	81	95
„ kąsane	31	17	7	7
„ szarpane	34	18	5	11
„ miażdżone	12	6	1	5
Nadwerężenia stawów	39	25	11	3
Zwichnięcia	9	6	2	1
Złamanie kości proste	99	50	23	26
„ „ powikłane	3	3	—	—
Krwotoki	41	15	25	1
Ciała obce	391	171	150	70
Oparzenia termiczne i chemicz.	73	35	21	7
Zatrzymanie moczu	1	1	—	—
Uwięźnięcie przepukliny	2	1	—	1
Inne choroby chirurgiczne	125	55	43	27
Śmierć	9	4	1	4
III. Samobójstwa	98	43	54	1
Otrucie kwasami	47	15	31	1
„ zasadami	1	—	1	—
„ sublimatem	7	4	3	—
„ jodyną	6	2	4	—
„ arszenikiem	—	—	—	—
„ alkaloidami	1	—	1	—
„ gazem świetlnym	—	—	—	—
„ karbolem	1	1	—	—
„ innemi truciznami	6	—	6	—
Postrzały	10	9	1	—
Rany cięte i kłute	7	5	2	—
Utopienie	—	—	—	—
Powieszenie i uduszenie się	2	1	1	—
Rzucenie się z wysokości	10	6	4	—
Śmierć	11**)	6	5	—
IV. Porody i poronienia	3	—	3	—
V. Obłąkanie	—	—	—	—
VI. Symulacja	16	7	9	—
Po udzieleniu pomocy na mieście:				
a) Zostawiono na miejscu	221	139	70	12
b) Przewieziono chorych	332	194	118	20
Posterunki tymczasowe	4			
Przeciętna ilość wezw. dzien.	93			
Katastrofy:				
A. Cyfra ogólna katastrof	4			
B. Liczba ofiar	15	11	4	—
C. Liczba lekarzy, niosących pomoc	1			

*) 63 pijanych z uszkodzeniami:

starć naskórka i stłuczeń	3
ogólne potłuczenia	—
ran tłuczonych	35
„ ciętych i kłutych	15
„ kąsanych	—
„ postrzałowych	1
„ szarpanych	2
złamań	3
zmiażdżeń	—
otruć esencją octową	3
„ jodyną	—
„ amoniakiem	—
„ kwasami i innemi	4
skok z wysokości	—
powieszenie się	—
histerja	—
symulacji	—
Rozpraw nożowych:	27
Bójek:	279
Przejechań:	151
a) przez wozy i dorożki	25
b) koleje	5
c) tramwaje	22
d) samochody	83
e) rowery	12
f) motocykle	4
Upadnięć z wysokości	74
a) z rusztowania	13
b) „ tramwaju	5
c) „ wozu	5
d) „ wagonu	—
e) „ samochodu	1
f) „ roweru	21
g) „ schodów	10
h) „ okna	7
i) „ krzesła	—
j) „ drabiny	7
k) „ mostu	—
l) „ łóżka	3
ł) „ konia	—
m) „ drzewa	2
n) „ huśtawki	—
Postrzały jako napad:	4
Uduszenia „ „	—
Oparzenie „ „	—
Uszkodzenia:	
a) przedmiotami spadłemi z rusztowania	3
b) z okien i balkonu	4
c) z dachu	—

**) śmierci 11:

rany cięte i kłute	1
rzuceń się z wysokości	6
powieszeń	2
rany postrzałowe	2
otrucie karbolem	—
„ gazem świetlnym	—
„ subst. nieznaną	—
utopienie	—

Posterunki tymczasowe:

Dn. 5 lipca na wyścigach konnych.

Dnia 6, 12 i 16 lipca na wyścigach kolarskich.

KRONIKA RATOWNICZA

Z Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

W dniach 1, 8, 14, 22 i 29 sierpnia r. b odbyły się zebrania Komisji finansowej, na których opracowano organizację tradycyjnych zabaw w ogrodzie Saskim w dniach 27 i 28 września. W posiedzeniach tych uczestniczyli pp.: Kunkel, Gano, Garliński, Simon, inż. Rotmil, Chyliński, Markowski, Trzebiński, Psarski, Trawski, Galewski, Wierzbicki, Leszczyński, Trzeszczkowski, Knopf oraz przedstawiciele zaproszonych do współpracy instytucji.

Dnia 1-go września powrócił z urlopu wypoczynkowego i objął urzędowanie, lekarz naczelny Pogotowia dr. Franciszek Bialokur.

Z Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego.

W lipcu r. b. odbyło się na Stacji Ratunkowej poświęcenie nowego samochodu sanitarnego.

Poświęcenia dokonał członek Wydziału Towarzystwa Ratunkowego ks. Prepozyt Masny, wobec Wydziału i całego personelu Stacji Ratunkowej.

Nowa karetka o podwoziu marki „Citroën" została wykonana w krakowskiej firmie p. Orlickiego i w niczem nie ustępuje podobnym zagranicznym, zwłaszcza co do wykończenia wnętrza i uresorowania noszy.

Obecnie tabor krakowskiego Pogotowia liczy 5 samochodów, wszystkie gotowe do wyjazdu.

Szczepienia ochronne.

W r. z. w Rzeczypospolitej dokonano 182.245 szczepień przeciwko durowi brzusznemu, z czego w województwach centralnych 110.748, we wschodnich 10.837, w zachodnich 18.648, a w południowych 41.912. W tymże okresie dokonano szczepień przeciw czerwonce 14.686, w centralnych woj. 349, we wschodnich 6.670, w zachodnich 7.539, a w południowych 128. Szczepień przeciw płonicy dokonano 130.020, z czego w centralnych wojew. 65.474, we wschodnich 46 712, w zachodnich 20.919, a w południowych 2.915.

W Warszawie akcję w kierunku szczepień zapobiegawczych rozwinąłwydział zdrowia magistratu. Z początku, w pierwszych latach powojennych wytężono wszystkie siły, by dokonać przełomu w umysłowości obywateli miasta, którzy z brakiem zaufania odnosili się do wszelkich szczepień, nauczeni złym przykładem za czasów zaborców.

Obecnie zgłaszają się masowo.

Ośrodki zdrowia.

Powiat warszawski ukończył na terenie gmin wiejskich zakładanie sieci ośrodka zdrowia i opieki społecznej, których dotychczas jest w powiecie 11. Powstały one w ciągu ostatnich czterech lat. Obecnie sieć ta rozszerzona jest na gminy miejskie w powiecie.

Między innemi do organizacji takiego ośrodka przystąpił Pruszków, któremu wydział powiatowy przyznał na ten cel subwencję w wysokości 1000 zł. Organizacja ośrodka zdrowia i opieki społecznej w Pruszkowie jest na ukończeniu.

Płonica.

W r. b. zauważono wzrost liczby zachorowań na szkarlatynę. Wykres wykazuje linję zupełnie identyczną z linją, jaka była w roku 1927 w okresie wielkiej epidemji szkarlatyny. Przebieg choroby jest przeważnie słaby.

Z międzynarodowej organizacji do walki z jaglicą.

W Genewie odbyła się konferencja międzynarodowej organizacji do walki z jaglicą. Reprezentowane były 32 państwa przez 42 członków. Z Polski obecni byli marszałek Szymański jako przedstawiciel Polskiego Czerwonego Krzyża i dr Sachert przedstawiciel wydziału zdrowia ministerstwa spraw wewnętrznych. Organizacja ta poza pracami naukowemi będzie opracowywała projekt ustawy, odnoszący się do walki z jaglicą. Prezesem zarządu organizacji wybrany został p. Emil Grosz z Budapesztu, wiceprezesem marszałek Szymański.

VIII Międzynarodowy Kongres Komitetów zwalczania handlu Kobietami i dziećmi.

W dniach 7—10 października rb. odbędzie się w Warszawie VIII międzynarodowy kongres komitetów zwalczenie handlu kobietami i dziećmi. Na kongresie tym mają być zobrazowane metody pracy i dotychczasowe wyniki tudzież opracowane wnioski, które pójdą pod obrady Komisji Ligi Narodów.

Jeżeli się weźmie pod uwagę wyjątkowe warunki polskie, oraz masową emigrację zarobkową, to łatwo spostrzec, że największe niebezpieczeństwo w tej sprawie zagraża Polsce. Potwierdzają to materjały sprawozdawcze komitetów, zwłaszcza amerykańskich oraz nasze własne spostrzeżenia.

Faktem jest że olbrzymią większość tzw. „żywego towaru" na rynek światowy wychodzi z Polski. Taki stan rzeczy stwarza konieczność jak największego zainteresowania się społeczeństwa polskiego sprawą ohydnego i zbrodniczego handlu.

Dobrze się więc stało, że najbliższy międzynarodowy kongres, w którym biorą udział prócz Międzynarodowego Biura Ligi Narodów, komitety kilkunastu państw całego świata odbędzie się w Warszawie, bo wpłynie to niewątpliwie na uświadomienie ogólne naszego społeczeństwa, które poznawszy istotę i ogrom zła, wydatniej skupi się w zorganizowanej walce z tą plagą Polski. Kongres przy poparciu władz państwowych organizuje Komitet warszawski, który skupił najpoważniejsze organizacje kobiece. Prezydjum uzyskało od p. Prezydentowej przyjęcie protektoratu nad kongresem. Prace organizacyjne w toku.

Biuro Kongresu mieści się w lokalu Komitetu walki z handlem kobietami i dziećmi w Warszawie przy ulicy Zgoda 6 m. 2.

Leczenie przeziębień promieniami ultrafioletowymi.

Z Nowego Yorku nadeszła wiadomość o świeżo jakoby dokonanem odkryciu medycznem, polegającem na leczeniu przeziębień promieniami ultrafjoletowemi. Komukolwiek wszelako znana jest zdumiewająca rozpiętość oddziaływania tych promieni, zrozumie, że jest to dalszy, logiczny etap studjów nad praktycznem stosowaniem ich leczniczego efektu.

Promienie ultrafjoletowe, w przeciwieństwie do promieni ultraczerwonych, mających nadewszystko działanie cieplikotwórcze, posiadają własności chemiczne, nadto stwierdzono, że ich działaniem jest w przeważnej części biologiczne oddziaływanie światła słonecznego. Stwierdzenie to doprowadziło oczywiście do prób wykorzystywania tych promieni niezależnie od działania słońca, dając podstawę do skonstruowania specjalnych lampek, wytwarzających sztuczne światło, specjalnie obfitujące w promienie ultrafjoletowe. Lampki takie mają powłokę zrobioną z kwarcu, który jest substancją, przepuszczającą te promienie w stopniu daleko wyższym aniżeli zwykłe szkło. Obecnie istnieją już najrozmaitsze modele takich lampek, dających przy stosowaniu ich w rozmaitych stanach chorobowych wyniki nader zadawalniające.

Nadewszystko dobroczynne działanie lecznicze lampek tych, t. zw. kwarcowych, stwierdzone zostało w chorobach skóry oraz w rachityzmie, czyli krzywicy dziecięcej, także w niektórych cierpieniach nerwowych, zwłaszcza w bólach newralgicznych. Od wielu też lat próbowano stosować je w wypadkach chronicznych bronchitów, w wielu też wypadkach osiągano dzięki tej kuracji osłabienie napadów kaszlu i zmniejszenie wydzieliny śluzowej w postaci plwociny. Próby, o jakich obecnie donoszą depesze z Nowego Yorku, należą niewątpliwie do tego samego zakresu lecznictwa. Idzie tu naturalnie o tak zwane przeziębienie przewlekłe wyrażające się w postaci stałego bronchitu, męczącego kaszlu w połączeniu z dusznością. Nie stanowi to jednak żadnej rewelacyjnej nowości w medycynie, praktycy bowiem stwierdzili już oddawna, że stosowanie promieni ultrafjoletowych daje dodatnie rezultaty w znacznej ilości tego rodzaju cierpień. Oczywiście należy przy stosowaniu lampek kwarcowych zachować pewne ostrożności, nie przeprowadzając naturalnie kuracji tej bez lekarza. Wiele wypadków, w których dotknięci chronicznym bronchitem pacjenci męczyli się okrutnie kaszlem i dusznością, zwłaszcza z rana po wstaniu z łóżka, także przy wyjściu z ogrzanego pokoju na chłodniejsze powietrze, przy większym ruchu, doznaje po zaaplikowaniu kuracji kwarcowemi lampkami ultrafjoletowemi znacznej ulgi, i co ważniejsze, ulga ta jest nietylko odczuwaniem subjektywnem pacjenta, ale badania objektywne stanu płuc i oskrzeli stwierdza w czterdziestu wypadkach na sto znaczną poprawę.

Dlatego też, pomimo, że rzekome nowe cudowne odkrycie amerykańskich lekarzy, jak chce reklama, jest tylko powtórzeniem na amerykańskim gruncie doświadczeń, poczynionych dawniej już w Europie, nie osłabia to bynajmniej znaczenia leczniczego kwarcowych lampek ultrafjoletowych, między innemi i w chorobach, powstałych na tle przewlekłego przeziębienia.

Dr S. C.

Obowiązki Kontrolerów sanitarnych.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stwierdza w okólniku do wszystkich wojewodów i do komisarza rządu m. stoł. Warszawy, że właściwe obowiązki kontrolerów sanitarnych są często źle rozumiane przez władze samorządowe. Rola kontrolera sanitarnego jest powszechnie niedoceniana i mylnie interpretowana, przez co niejednokrotnie kontrolerzy sanitarni są obarczani czynnościami kancelaryjnemi w biurze lekarza sanitarnego lub też czynnościami zgoła pobocznemi.

Nadzór nad stanem sanitarno-porządkowym powiatu, wykonany przez lekarza, niezawsze może być bezpośredni, gdyż lekarz, zajęty wielu innemi zagadnieniami z dziedziny higjeny i pomocy lekarskiej, nie może poświęcić dużo czasu inspekcjom sanitarno-porządkowym, natomiast kontroler sanitarny jest obowiązany stale czuwać nad ogólną czystością otoczenia i nad odpowiedniem utrzymaniem urządzeń sanitarnych.

M. S. W. zaznacza, iż kontroler sanitarny obowiązany jest dokonywać stałych inspekcji sa-

nitarno-porządkowych otoczenia, t. j. ulic, posesji, ustępów, studzien, tak publicznych jak i prywatnych, dyzynfekcji i dezynfekcji mieszkań i otoczenia chorego. Ma on nadzór nad jakością wody oraz artykułów żywności, nad miejscami ich wyrobu i sprzedaży, pobiera ich próby, przesyła artykuły żywności do zakładów badania żywności i przedmiotów użytku, a wodę do tychże zakładów lub filji Państwowego zakładu higjeny. Po otrzymaniu ujemnych wyników badania wody i kontroler sanitarny w wykonaniu zarządzeń lekarza urzędowego (powiatowego, samorządowego) umieszcza odpowiednie tabliczki na studniach publicznych, zamyka nienadające się do użytku, ewentualnie przeprowadza oczyszczanie lub dezenfekcję tychże.

Środki ostrożności podczas burzy.

Podczas burzy należy unikać dotykania ścian, luster, kominów, przewodów elektrycznych, unikać przeciągów, na polu stawać między drzewami (nie pod jednem odosobnionem drzewem), albo położyć się na ziemi. Nie należy też w czasie burzy używać telefonu.

Pływactwo a ratownictwo.

Jak bardzo lekceważona jest przez społeczeństwo sztuka pływania, świadczy fakt mnożących się coraz bardziej wypadków zatonięć. Wina to bezwzględnie całego społeczeństwa, które nietylko nie docenia należycie tej gałęzi sportu, ale wprost lekceważy sobie sztukę pływania, tak niezbędną w życiu każdej jednostki.

Umieć pływać, to znaczy posiadać skarb nieoceniony. Śmiało rzec można, że niema sportu bardziej zdrowego, miłego i pożytecznego, na pływactwo i dlatego wśród innych zajmuje ono niezaprzeczalnie pierwsze miejsce.

Wielkie są naprawdę korzyści, jakie osiągamy ze sztuki pływania. Przedewszystkiem wpływa ono bardzo korzystnie na zdrowie. Następnie przyczynia się niemało do rozwoju fizycznego i nabycia zręczności a także hartuje ciało i poniekąd ducha.

Weźmy pod uwagę warunki, w jaki się ten sport rozwija. Gdy pływamy, działają na nas rzyt potężne czynniki, a mianowicie: czyste powietrze pozbawione kurzu, woda i słońce. Jakiż zbawczy wpływ na zdrowie mają te trzy czynniki, razem wzięte! I dlatego właśnie śmiało twierdzić można, że żaden inny sport z powyższym pod względem zdrowotnym porównać się nie może. Czyż mogą z nim iść w zawody choćby takie sporty, jak koarstwo, czy piłkarstwo, które to sporty odbywają się wśród kurzawy, a prócz tego wymagają nadmiernego ruchu, powodując przemęczenie, a tem samem osłabienie funkcji serca.

Gdy chodzi o jakość przyjemności, jakiej dostarcza sport pływania, z góry zapewnić można przyszłych pływaków, że jest ona pierwszorzędna. Bo czyż może być coś bardziej miłego, jak przestawanie sam na sam z przyrodą i w dodatku w tak bardzo przyjaznych warunkach?

A teraz wzgląd trzeci, ostatni i zarazem najważniejszy, to wzniosła, że tak powiem, strona pływactwa. Ileż to ludzi corocznie pada ofiarą wody, dlatego tylko, że się nie nauczyli pływać! Jakież to szczęście móc przyjść z pomocą tonącemu . . . Uratować życie ludzkie, nieraz tak bardzo pożyteczne i potrzebne, a przedwcześnie skazane na zagładę. Stawmy się w położenie tonącego, któremu wymknęła się ostatnia deska ratunku . . . Czem jest dla takiego nieszczęśliwca ręka, niosąca mu ocalenie? A przecież takim wybawcą, dobroczyńcą ludzkości, może być każdy z nas, jeśli tylko w należytym stopniu posiądzie sztukę pływania.

Cenny ten sport każdemu przyda się w życiu niejednokrotnie i każdemu oddać może nieocenione wprost usługi nietylko w czasie kąpieli rzecznej, czy wiosłowania, ale także w nieszczęśliwym wypadku, kiedy to człowiek zupełnie niespodziewanie i nieoczekiwanie, w czasie jakiejś katastrofy np. znajdzie się pośród głębokich wód. A gdy pływać nie umie, to co? . . . To śmierć nieodwołalna!

A więc dla dobra własnego i dobra naszych bliźnich uczmy się wszyscy pływać. Znikomy trudna korzyści,. wynikające stąd, wprost bezcenne Trzeba się w nie wmyśleć, by je należycie zrozumieć i docenić.

Dz. Bydg.

Redaktor działu lekarskiego: Dr. Józef Zawadzki.
Redaktor i Wydawca: Mieczysław Swoboda-Trzebiński.

Redakcja czynna codziennie prócz sobót i dni świątecznych od godz. 11 do 13.

PRENUMERATA wraz z przesyłką pocztową Zł. 12 rocznie, z dodatkiem w postaci 4-ch tablic „Ratownictwo w obrazach" lub rocznikiem zeszłorocznym Zł. 20. Pojedyńczy egzemplarz 1 zł.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Kopernika 37, tel. 33-63. Konto w P. K. O. Nr. 14.661.

Druk A. Białobrzeskiego, Warszawa, Żórawia 7, tel. 245-83.